## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 17 09/21 Building block of life APPLICATION No. : आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 68 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Gundappa पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वतमान आवासीय पता mama Madigale Hay shall Malluru Kolaza PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Sublaamma same as 200100 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: House wife <u>न्यवंसाय</u> (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME : 35,000 (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्था खादा संख्या Yes No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender आवेदक के साथ सम्बंध उम्र (वर्ष) लिंग कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिव आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other **BPL Card EWS Certificate** Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र रुपपोक्ता कार्ड अन्य कोई सास्य गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गाँ प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Jaighosis E- Cat + IOL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायतः राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 2,000

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. If any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this essistance is requested
- 1) में चोचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये रहती जिनरण येरी जानकारों के अनुसार करन एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की या सकती है।
- मेरे द्वार जो सहप्तत प्रश्नि "कोशिका फाउन्डेशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी वरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सांश का आंशक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न दो लिया है और न ही भविषय में स्नुगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) lurther agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंग्रेड की छाप लगाकर, मैं (आहेरक) अपनी सहपात की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेग्र नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषण है, उसे "कोशिका" एवप् न्यासी, दान, यावनाम्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी मो प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलान के पहले या नार में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि यहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाक्ष। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् असके न्यासियों का निर्णय अंतिम और चाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT 1HUME !MPRESSION : आवेरक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommonding this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following.

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital resemptify to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not evail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

हमरे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की आती है, विसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसो अन्य स्त्रोत से उन्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/धिनित दक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य किसी अन्य सन्तरणन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेशन" से सी गई सहायता कंपल जितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया की चुराव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी होगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुम्किश या जिप्मेदारी इस मामले किया होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE 🌶 स्वीकती के लिए संस्तृति Mr. Lakshmipathi N **Date of Surgery** Nagesh B N Consultant Medical Sopre-Manager Outreach ऑपरेशन की तारीख normal for De State of Authorized Signatory
on Deltail of Hospital (1997) Comea, Cataract & Retract |Name of Dr. J. Room, No. (with Stamp) 09/21 नाए व पर हरपेशान अधिकृत अधिकारी Af Ba टाञ्स्र का विशेष व श्रीवं. य FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक तपयोग हेत्। SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर | न्यासी हस्ताक्षर 2

in the matter.